CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 10

DE L'APHASIE

SUITE DE FIÈVRE TYPHO-MALARIENNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

le 20 décembre 1889.

PAR

Louis BARRAU

Né à Albi (Tarn)

Lauréat de l'Ecole de médecine de Toulouse

Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN, Doyen.
BERTIN-SANS, Assesseur.

Professeurs.

	Messieurs :
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	CASTAN.
Clinique médicale.	GRASSET.
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Opérations et appareils.	CHALOT.
Anat. pathol. et histol.	KIENER ✻.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN ✻.
Anatomie.	PAULET (O. ✻ ✠).
Pathologie interne.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Physique médicale.	IMBERT.
Pathologie externe. (ch. de c.)	FORGUE.
Chimie médic. et pharm. (ch. de c.)	VILLE.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✻ ✠).
Prof. honor. M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✠),

Chargés de Cours de Cliniques annexes:

Clinique des maladies des vieillards.	MM. MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, *agrégé.*

Agrégés en Exercice.

Messieurs :	Messieurs :	Messieurs
DE GIRARD.	GERBAUD.	ESTOR.
BLAISE.	GILIS.	HÉDON.
BAUMEL.	BOINET.	LECERCLE.
VILLE.	BROUSSE.	
FORGUE.	SARDA.	
TRUC.		

M. H. GOT, Secrétaire.
M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examinateurs de la Thèse:

MM. GRASSET, *président.*
CARRIEU, *professeur.*
MOSSÉ, *agrégé.*
BAUMEL, *agrégé.*

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père et de ma Mère

A MON FRÈRE

A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. BARRAU.

A Monsieur BARTHÉLÉMY

Directeur de l'Ecole de médecine navale de Toulon

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GRASSET

A tous mes Maîtres de la Faculté de Montpellier

L. BARRAU.

INTRODUCTION

Le modeste travail que nous allons soumettre à l'appréciation de nos professeurs sera plein de difficulté; aussi demanderons-nous toute leur indulgence.

Car convalescent d'une maladie dont nous rapportons l'observation et dont nous ne sommes pas encore complètement débarrassé, il est à peu près certain que nous ne pourrons pas saisir toutes les modalités de celle-ci tant au point de vue de sa pathogénie que de sa physiologie; mais nous aurons fait œuvre de patience et d'efforts.

Appelé, au mois de mai 1884, à servir, à Madagascar, comme médecin-major du fort de Tamatave, nous avons été, comme beaucoup de nos collègues, une des victimes de ce climat palustre, puisque, rentré à la Réunion au mois de septembre de la même année, après quatre mois passés dans cette colonie, nous avons eu une fièvre typho-malarienne compliquée d'aphasie. Nous avons été assez heureux pour que le médecin en chef de l'hôpital militaire de Saint-Denis ait bien voulu répondre à notre désir, en nous envoyant l'observation; comme cela, nous pouvons vous la soumettre, l'étudier avec vous, en un mot en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Qu'il me soit permis de remercier M. le médecin en chef Beaumanoir, à cette époque médecin principal, des soins qu'il nous a prodigués et qui ont été couronnés de succès.

Nous en dirons autant de MM. les docteurs Balbaut, Roussel, Féraud, Le Roy, et les pharmaciens Camus et Mouttet; tandis que les uns nous donnaient l'espoir que cette maladie

disparaîtrait un jour, les autres cherchaient par leur bonne camaraderie à nous distraire et à nous rendre la vie la plus agréable possible.

Nous remercions aussi M. le professeur Grasset, de la Faculté de médecine de Montpellier, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, des conseils éclairés qu'il nous a donnés pour traiter notre maladie.

Enfin, si nous avons pu passer les examens pour acquérir le titre de Docteur en médecine, c'est à M. Ragimbeaud, agrégé à la même Faculté, que nous le devons. En effet, le traitement par l'électricité nous a fait recouvrer une partie de notre intelligence compromise, à tel point que cette affection, en bonne voie de guérison, ne nous embarrasse pas le moins du monde pour faire notre service.

DIVISION

I. — Nous allons décrire fidèlement l'observation de M. B..., d'après laquelle la fièvre s'est compliquée d'aphasie.

II. — Nous discuterons ces deux affections suivant leur ordre d'apparition : 1° la fièvre ; 2° l'aphasie.

Dans la première, nous examinerons son origine, ses symptômes, son tracé thermique, sa médication, pour conclure à une fièvre typho-malarienne de Madagascar.

La deuxième, nous l'étudierons au moment où elle a commencé, pour l'envisager au point de vue :

1° Compréhension des mots parlés.

2° Compréhension des mots lus (lecture).

3° Parole articulée volontaire.

4° Ecriture volontaire.

5° Parole répétée.

6° Parole d'après la lecture (lecture à haute voix).

7° Ecriture sous la dictée.

8° Ecriture d'après un texte lu.

Puis nous envisagerons les progrès que nous avons faits dans la voie de la guérison.

III. — Examinant le schéma de Lichteim, nous verrons si cette forme ne se rapporte pas à une de celles dont il en a donné le tableau, pour conclure à une aphasie de la troisième forme par lésion du lobule de l'insula.

IV.— Nous insisterons bien peu sur le traitement, que nous diviserons en trois périodes :

1° Traitement de la Réunion.

2° Traitement à Albi.

3° Traitement à Montpellier.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE L'APHASIE

SUITE DE FIÈVRE TYPHO-MALARIENNE

CHAPITRE PREMIER

SUR NOTRE OBSERVATION D'APHASIE

SURVENUE A LA SUITE

DE FIÈVRE TYPHO-MALARIENNE

Observation relevée du tableau clinique de l'hôpital Saint-Denis (Réunion)

Le 12 octobre 1884, M. B..., médecin de 2me classe de la marine, âgé de 27 ans, était contraint à garder le lit pendant huit jours, avec les symptômes suivants :

Habitude extérieure :

Courbature généralisée, facies un peu rouge, la langue sale, un peu de roideur du cou, douleur et gonflement du poignet gauche.

Système nerveux :

Céphalalgie violente, pas de sommeil.

Système digestif :

Constipation, anorexie.

Système circulatoire :

Rien du côté du cœur, le pouls est fort et rapide, la respiration plus fréquente.

Température :

On n'avait pas pris la température lorsque nous étions dans la chambre de la prévôté de l'hôpital ; mais la fièvre, qui s'était établie sournoisement, ne l'avait pas quitté. Dès sa rentrée, la température est de 38°8.

Urines :

Les urines sont rouges, pas de trace d'albumine.

Antécédents :

Pas de trace de syphilis, de rhumatisme, de tuberculose, herpétisme, mais grande tendance à l'apoplexie du côté de la branche maternelle. Pour notre compte, nous avons eu la rougeole dans l'enfance et la scarlatine en 1883.

Prescription :

Citrate de magnésie.
Sirop de codéine.
Sulfate de quinine.

13 octobre :

Temp. matin 38°5 ; soir 39°.

Prescription :

Lait, 1 litre.
Glace.
Sulfate de quinine.
Julep diacodé.
Une injection de morphine.

14 octobre :

Le symptôme devenu prédominant et dont le malade se

plaint surtout, c'est la roideur du cou, qui est complète et dont les mouvements très douloureux sont impossibles. Le malade commence à divaguer, il répond difficilement aux questions qu'on lui adresse, et même pas du tout.

Temp. matin 39°4; soir 38°8.

15 octobre :

Temp. matin 38°8 ; soir 39°2.

16 octobre :

Temp. matin 38°8 ; soir 38°5.

17 octobre :

Temp. matin 38°4; soir 38°8.

De temps en temps on observe un météorisme fugace, d'où on ne peut rien déduire. Les grandes fonctions se font bien. Le cœur, les poumons, le foie n'offrent rien d'anormal. Il n'y a que la rate qui soit un peu congestionnée et dont la matité a augmenté. Du côté du tube digestif, un peu de diarrhée.

18 octobre :

La douleur et la roideur de la nuque commencent à disparaître ; le malade semble se trouver un peu mieux. Délire continuel et tranquille. Le malade se lève parfois la nuit, mais ne fait aucune résistance pour rentrer dans sa chambre.

Temp. matin 38°8; soir 38°6.

19 octobre :

Temp. matin 38°7; soir 39°2.

Prescription :

Eau de Salazie (station balnéaire).
Eau de Seltz.

Potion.	Teinture de quinquina.....	50
	Sirop d'écorces d'oranges amères..	30
	Teinture de musc.....	2
Potion.	Bromure de potassium.....	1
	Sirop de morphine.....	40

Lotions à l'alcool camphré sur la nuque.

20 octobre :

Temp. matin 38°6 ; soir 39°2.

21 octobre :

Temp. matin 38°7 ; soir 39°3.

Le pouls est à 90 ; le soir, il est à 107. Insomnie, délire, selles involontaires. Les urines sont rouges et très peu abondantes.

Même prescription que précédemment. Deux injections hypodermiques de bromhydrate de quinine.

22 octobre :

Temp. matin 38°8 ; soir 39°6. Même prescription. Trois injections de quinine le matin, à midi et le soir.

23 octobre :

Temp. matin 37° ; soir 38°6. Même prescription. Deux injections de quinine.

24 octobre :

Temp. matin 37° ; soir 39°4. Même prescription. Trois injections de quinine.

25 octobre :

Temp. matin 37°2 ; le soir 38°. Même prescription. Trois injections de quinine.

26 octobre :

Temp. matin 37° ; soir 36°4. Même prescription. Sulfate de quinine 1 gr.

27 octobre :

Temp. matin 38°1 ; le soir 37°6. Épistaxis peu abondante au commencement de la nuit du 26 au 27. Le facies est abattu, très déprimé. La figure s'amaigrit beaucoup et très vite. Le délire a continué la nuit. Le malade parle difficilement et sans suite, mais il reconnaît à peu près son monde. Il comprend et exécute bien ce qu'on lui dit de faire.

Prescription :

La même que précédemment. Vésicatoire sur la nuque.

28 octobre :

Temp. matin 37°3 ; le soir 37°2. Il n'y a pas trace de paralysie du gosier, il avale très bien, pas de troubles du côté de l'intestin. Aphasie complète et paragraphie. On lui dit d'écrire son nom. Il a d'abord écrit *La Cabur* en lettres mal faites. Puis, insistant auprès de lui, il a pu écrire *Barrau* et *Abilixis* pour *Albi* et *Louis* en lettres mieux formées.

Prescription: iodure de potassium 2 gr.

29 octobre:

Temp. matin 37° ; le soir 37°5.

30 octobre:

Temp. matin 39°3; soir 38°. Le malade a été altéré toute la journée. Vers 3 heures et demie, il a pris un peu d'eau rougie qui a provoqué des vomissements liquides.

Prescription: le matin sulfate de quinine 0,75 centigr.; le soir 0,50 centigr.

31 octobre :

Temp. matin 36°8; le soir 39°4. Le malade a pu dire distinctement *oui* ou *non*, *je suis un peu mieux.*

10 novembre:

Temp. matin 37°; le soir 37°2. Le malade a pu dire quelques mots ; ses phrases écrites sont toujours incompréhensibles. Sulfate de quinine 0,50 centigr.

2 novembre :

Temp. matin 37°5; le soir 39°3.

Prescription : sulfate de quinine 0,75 centigr.

5 novembre :

Apyrexie; le malade commence à manger.

Prescription :

Eau vineuse.
Lait, 1 litre.

Potion :

Teinture de quinquina.....	0,50 centigr.
Teinture de musc	0,02 centigr.
Solution d'iodure de potassium.....	2 gr.

12 novembre :

Hier au soir, le malade a ressenti de la céphalalgie, chaleur à la peau sans frissons. Temp. matin 38°7; soir 37°5.

13 novembre :

Temp. matin 38°7; le soir 37°5.

Potion :

Chloral	2 gr.
Bromure de potassium	2 —
Sirop d'écorces d'orange.	20 —
Eau	120 —
Solution de sulfate de quinine ...	1 —

16 novembre :

Deux injections de bromhydrate de quinine, une pilule d'opium de 0,05 centigr.

17 novembre :

Pommade pour onction sur la nuque avec :

Extrait d'opium.....	5 gr.
Extrait de belladone.....	5 —
Extrait de ciguë.....	5 —
Vaseline	5 —

Soir : Sulfate de quinine..... 0,50 centigr.

18 novembre :

Même prescription.

Un bain tiède; sulfate de quinine 0,50 centigr.

21 novembre :

Soir: Trois injections de quinine.

22 novembre:

Sulfate de quinine 0,50 centigr.

23 novembre:

Le malade mange avec appétit.

1er décembre:

Entre à l'hôpital thermal de Salazie.

CHAPITRE II

Développement

Nous avons reproduit aussi fidèlement que possible cette observation qui, quoique très intéressante, est bien incomplète.

Cela tient à deux choses : la première, c'est que celui qui était chargé de la rédiger ne pouvait venir que par intervalle, étant appelé auprès des malades d'un autre service ; la seconde était que l'infirmier nègre, qui était destiné aux officiers, ne savait pas écrire. Nous le regrettons amèrement ; mais nous croyons que la discussion pourra être résolue avec vous, Messieurs les Professeurs, sans trop de difficulté.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHO-MALARIENNE

Nous nous trouvons en présence de deux syndromes : 1° la fièvre ; 2° l'aphasie. Nous commencerons par le premier pour en examiner son origine, ses symptômes, la courbe thermique et la médication qui a été employée.

Il est facile d'établir les propositions suivantes, qui ressortent de notre observation :

1° Cet officier avait eu plusieurs mouvements fébriles à Tamatave, mais jamais d'accès francs.

2° Il habitait l'hôpital, étant prévôt, continuellement en communication avec les malades, chargé spécialement du service des dysentériques et des fiévreux.

3° Maladie qui s'établit sournoisement par une augmentation de température, qui arrive à son apogée du 22 au 24 octobre, avec de nombreux caractères de la fièvre typhoïde.

4° La température est la même que dans la fièvre typhoïde compliquée d'accidents palustres.

5° La médication n'a été autre que la quinine.

Nous allons prendre chacune de ces propositions et les examiner:

1° «Cet officier avait eu plusieurs mouvements fébriles à Tamatave, mais jamais d'accès francs qu'il combattait par la quinine.»

Etant à Madagascar, dans le fort de Tamatave, où nous sommes resté quatre mois, allant à la chasse, à la pêche, visiter les postes voisins, nous étions plus qu'aucun autre exposé à avoir des accès de fièvre. Mais, comme nous étions aux mois d'avril, mai, juin, juillet, en somme dans la bonne saison, il nous prenait une indisposition se traduisant par de la céphalalgie, anorexie, courbature généralisée et une augmentation de température qui atteignait environ 39°. Nous la combattions par la quinine et les purgatifs. Arrivé à la Réunion, les débuts de cette fièvre ont été les mêmes; sauf que le lendemain et les jours suivants, au lieu de voir survenir la période d'apyrexie, la fièvre a continué et il a fallu rentrer à l'hôpital vers le 12 octobre.

Consultons à ce propos l'ouvrage de MM. Kiener et Kelsch, à l'article de la « typho-malarienne »; nous y trouvons que «l'infection palustre est antérieure et en pleine évolution. La maladie aiguë s'y ajoute et conserve un caractère secondaire.»

Nous regrettons de ne pas avoir la température des huit premiers jours, pour montrer quelle était la marche de la

fièvre. Mais les témoignages de nos amis sont unanimes à déclarer que celle-ci nous a pris dans une promenade avec eux. Le lendemain, nous avons vaqué à nos occupations ; mais, le soir, un autre accès nous a forcé à garder notre chambre ;

2° «Il habitait l'hôpital, étant prévôt, continuellement en communication avec des malades, chargé spécialement du service des dysentériques et des fiévreux.»

En effet, après huit jours de maladie passés dans la chambre de la prévôté, si nous examinons la courbe de la température, nous la voyons portée, le 12 octobre, de 38°8, pour se continuer en augmentant progressivement jusqu'au 22 octobre. Des intermittences surviennent, mais la courbe va en s'abaissant graduellement jusqu'au 26, pour tomber, vers le 29, dans l'apyrexie complète.

Si donc, nous unissons par une ligne toutes les températures maxima, nous trouvons deux périodes: l'une d'augment qui va jusqu'au 22 octobre, et l'autre de défervescence qui va du 22 au 29 octobre.

Rapportons-nous aux courbes des ouvrages de MM. Corre, Kiener et Kelsch. Nous trouvons entre ces courbes une grande analogie; car, dans ces trois auteurs, qui ont donné des courbes de la typho-malarienne, on voit que la température va en s'élevant, sans tenir compte des intermittences, pour s'abaisser très rapidement et retourner à la normale. Donc à la maladie produite par un poison palustre vient s'en ajouter une autre produite par un poison septique.

Nous allons voir d'où pouvait nous venir ce poison. Il y a tout lieu de croire, nous n'affirmons rien, qu'il nous a été donné par l'hôpital, car nous l'habitions, nous y vivions, étant sans cesse en communication avec les malades et sur-

tout des dysentériques qui étaient très nombreux à cette époque. Le vaisseau *la Creuse* étant parti pour Diego-Suarez, les malades avaient été évacués sur l'hôpital de Saint-Denis, à tel point qu'il en résultait un encombrement. Le médecin principal fit un rapport dans lequel il démontrait la nécessité d'ouvrir l'hôpital de la Persévérance.

Les observations de MM. Dumay, Dudon, Bonnaud, au sujet des malades entassés, le prouvent assez. M. le Dr Féraud, médecin de la marine, qui a fait sa thèse sur les accidents palustres de Madagascar, cite de nombreux exemples de la typho-malarienne qui sévissait à bord de *la Creuse* par suite de l'encombrement et sur des malades qu'il nous avait envoyés.

Faut-il passer sous silence le service que nous faisions auprès des dysentériques ? Non; car ce nombre de causes: encombrement, typho-malarienne, selles dysentériques que nous étions obligé d'examiner tous les matins, ont pu engendrer le miasme septique.

Mais on nous dira peut-être que ce poison animal a été créé de toutes pièces chez nous, et que ce que nous appelons la typho-malarienne n'est autre que la rémittence typhique. A cela, qu'il me soit permis de répondre par l'article de l'ouvrage de MM. Kiener et Kelsch.

Cet article prouve suffisamment que notre maladie n'était pas due à la malaria seulement. «La provenance d'un sujet de localité marécageuse, où la fièvre typhoïde est rare, quelques atteintes antérieures de fièvre, la soudaineté avec laquelle se montrent les symptômes typhiques et la rapidité avec laquelle ils acquièrent leur summum d'intensité sont, avec une prompte efficacité du sulfate de quinine, des témoignages en faveur d'une affection palustre.»

3° «Maladie qui s'établit sournoisement par une augmen-

tation de température qui arrive à son apogée (39°6) le 22 octobre, c'est-à-dire après 23 jours de maladie.»

Celle-ci a débuté comme une de celles que le professeur Kiener a observée et qu'il rapporte dans son volume : par une fièvre continue avec de lents prodromes. Pendant plusieurs jours, on croyait avoir affaire à une fièvre typhoïde ; et, disons comme le Dr Féraud, dans sa thèse, que le «visage est rouge, le malade a des frissons, courbature générale, anorexie, céphalalgie, constipation. La marche de la température n'offre pas de grandes différences dans les sept ou huit premiers jours, puis la rémission de la typho-malarienne est assez marquée pour mettre sur la voie du diagnostic. Le thermomètre descend à 37°2 pour remonter le soir à 38°5 ; tandis que dans le typhus abdominal, un pareil phénomène accuse ordinairement l'imminence des hémorrhagies internes que l'on ne tarde pas à constater.» Donc, c'est la physionomie de la fièvre typhoïde qui domine jusqu'au 22 octobre, bien que, comme le dit le Dr Féraud, «les taches rosées lenticulaires et la stupeur fassent défaut.» Mais on ne pourra pas mettre en doute le fond qui caractérise notre affection : le délire continuel et tranquille, la marche de la température, l'insomnie, le teint terreux qui s'est substitué à la congestion initiale, la tuméfaction rapide de la rate sont la preuve suffisante d'un poison septique.

4° « Du type thermique. »

Examinons la courbe de la température et voyons si l'on n'y trouve pas les deux éléments : l'élément septique et l'élément palustre. En effet, dès les premiers jours de la maladie, nous apercevons ces deux poisons associés et marcher d'un commun accord vers une ascension de température qui va en augmentant jusqu'au 22 octobre. Mais

au moment où l'élément typhique diminue, voilà que l'élément palustre prend une nouvelle vigueur ; l'état de la température s'accuse par des intermittences qui vont de 37° jusqu'à 39°4 et qui se sont produites le 24 octobre, les 30, 31, et le 2 novembre. Plus tard, au moment où ce poison palustre agit seul, nous trouvons les accès des 13, 16 et 21 de ce même mois.

5° « De la médication.»

En regardant notre observation, on voit que la quinine n'a d'influence que contre l'élément palustre et très peu contre l'élément septique.

M. le médecin principal, doué d'une expérience qu'il s'est faite en traitant les maladies coloniales, ne nous donnait, à très peu de chose près, que des toniques.

Mais lorsque les intermittences se sont accusées franchement et que la température, le 21 au matin, était descendue à 37° 6, il a vu que le moment était venu d'agir sur nous à l'aide des injections hypodermiques de bromhydrate de quinine. La température, qui était, le 23 au soir, à 39°4, est descendue à 37°, pour arriver dans l'apyrexie complète.

Nous n'avons pas à parler des accès ultérieurs, car ils ne nous sont d'aucune utilité pour montrer l'affection contre laquelle on avait à lutter.

CONCLUSIONS

A voir l'origine, en examinant les symptômes, la courbe thermique, la médication, nous ne pouvons que conclure à l'existence d'une fièvre typho-malarienne.

CHAPITRE III

De l'aphasie

Nous avons une autre question à développer : ce sont les troubles de l'intelligence qui se sont accusés par une aphasie, avec perte de la sensibilité du bras et de la jambe droite, sans aucune atteinte de la motilité, sauf toutefois une faiblesse que nous ressentions en maintes circonstances.

On a constaté l'aphasie le 28 octobre, et M. le Dr Le Roy dit seulement ceci dans notre observation : « Il n'y a pas trace de paralysie du gosier, il avale très bien, pas de troubles du côté de l'intestin. Aphasie complète et paragraphie. Si on lui dit d'écrire son nom, il a d'abord écrit *la Cabur* en lettres mal faites. Puis, en insistant auprès de lui, il a pu écrire *Barrau* et *Abilixis* pour *Albi* et *Louis* en lettres mieux formées. »

Nous allons développer ce lambeau d'observation qui, tout en étant bien incomplet, renferme toute notre affection.

Nous le faisons au moyen de notes que nous avons prises à des intervalles assez distants les uns des autres, de telle façon que vous pourrez, Messieurs les Professeurs, assister dès l'époque où l'aphasie a été constatée pour la première fois jusqu'au jour où nous avons repris du service dans la marine.

Pour ne rien omettre, nous considérerons :

1. L'habitus extérieur.
2. Compréhension des mots parlés.
3. Compréhension des mots lus (lecture).
4. Parole articulée volontaire.
5. Ecriture volontaire.

6. Parole répétée ou en écho.
7. Parole d'après la lecture (lecture à haute voix).
8. Ecriture sous la dictée.
9. Ecriture d'après un texte lu (copie).

Après une assez longue période de délire et de coma, qui s'est étendue depuis le 18 au 27 octobre, le médecin principal rentre dans notre chambre à la visite du matin. Nous le reconnaissons et en même temps tous les docteurs qui l'accompagnaient. Le souvenir des personnes n'était pas exclu de notre mémoire, et, quand le Dr Féraud adressa la parole au médecin principal sur la gravité de notre maladie, nous l'avons compris aux gestes que fit M. Beaumanoir. Notre intelligence n'était donc pas atteinte et l'on pourrait la comparer à celle de quelqu'un qui se réveille ou à celle de celui qui sort d'un long rêve ou d'un sommeil très pénible.

1.— HABITUS EXTÉRIEUR

Le facies est amaigri, comme le dit notre observation, la physionomie est douce, affectueuse et ne fait pas présager qu'il y ait un aussi grand désordre dans le cerveau. Pas de traces de paralysie de la face ; les traits ne sont pas déviés et de temps à autre nous esquissons un petit sourire, content et heureux de reconnaître tout le monde.

2. — COMPRÉHENSION DES MOTS PARLÉS

Nous comprenions tout ce que nous disait le médecin principal. On nous demande: Comment vous trouvez-vous? nous répondons «bien». — Vous ne souffrez pas? «non». — La tête ne vous fait pas de mal? «non». — Avez-vous faim?

«oui». En un mot, nous répondions à toutes les questions par un monosyllabe, ce qui ne faisait pas supposer tant de désordre dans nos idées.

Le médecin ne fut pas étonné, bien qu'il fût dans l'obligation de répéter ses phrases quand nous ne lui répondions pas la première fois. Il mettait cela sur le compte du délire ou du coma ou sur les injections de quinine. Mais le lendemain, il put constater l'altération de notre intelligence; car, comprenant toutes les paroles qu'il nous adressait, il voyait très bien que nous ne lui répondions souvent que par un geste.

3. — COMPRÉHENSION DES MOTS LUS (LECTURE)

Quand on nous disait: Relisez ce que vous avez écrit? nous le pouvions très bien; mais, cependant, nous étions offusqué d'avoir fait des fautes aussi grossières. Nous étions tenté de reprendre la plume pour les corriger.

Nous recevions le journal *le Créole de la Réunion*, et, sans chercher à comprendre le sens des articles, nous nous appliquions à lire mentalement. Nous nous arrêtions aux mots *Constantinople*, *invariablement*, etc., ou bien aux phrases suivantes: *quel que soit celui qui* par exemple. Nous étions obligé de relire la phrase trois à quatre fois ou bien de passer ces mots. Sans cela, nous comprenions aussi bien la lecture que la parole.

4. — PAROLE ARTICULÉE VOLONTAIRE

MM. les docteurs Balbaut, Féraud, Mouttet vinrent dans notre chambre dans la journée du 29 octobre et, après nous avoir fait causer, ils eurent la conviction que nous étions

aphasique. La première question que nous leur adressâmes était: Quel est le prévôt de l'hôpital? Il a fallu au moins dix minutes pour nous faire comprendre, à tel point que, ne trouvant pas le mot *prévôt*, nous disions: *Quel est... chose... machin...* et je m'écriais: *Que c'est drôle!* Alors nous étions sur cette question sombre, réfléchissant, et, si par hasard on prononçait le *prévôt*, nous étions content et radieux.

Donc, la parole n'était pas absente; car, sept ou huit jours après notre maladie, nous pouvions chanter et réciter des vers sans faire une faute. Ce qui manquait dans la conversation, c'était le mot.

5. — ÉCRITURE VOLONTAIRE. — 6. — ÉCRITURE SOUS LA DICTÉE. — 7. — ÉCRITURE D'APRÈS UN TEXTE LU (COPIE)

«Le Dr Ballet soutient qu'une observation ne sera complète qu'autant que l'exploration aura porté sur ces diverses opérations.» Nous le voulons très bien, mais pourquoi les sépare-t-elles, car elles sont liées entre elles synthétiquement, quoique leur siège soit différent au point de vue des localisations cérébrales.

L'écriture n'était qu'un griffonnage; les jambages étaient aussi gros que les lettres, les caractères n'étaient pas formés et enfin, comme le dit le Dr Le Roy, «les phrases écrites sont incompréhensibles.» Le médecin principal nous dit d'écrire notre nom sans l'épeler. Nous écrivons *la Cabur;* mais, insistant auprès de nous et nous disant le nom de *Barrau*, nous pûmes l'écrire en lettres très mal faites. Puis venaient les mots *Louis* et *Albi:* même difficulté, nous ne savions par quel nom commencer, et le mot écrit *Abilixis* renferme les deux mots réunis. Toutes les phrases écrites se ressemblaient, et dans le cahier que l'on nous avait fait pour suivre

pas à pas la décroissance de notre maladie, nous choisissons au hasard la phrase suivante: « J'ai eu la fièvre. » Nous avons recommencé quatre fois le mot *fièvre* pour l'écrire *fire*, *fienvre*, *fivre*, *finvre*, à tel point qu'il nous a été impossible de l'écrire correctement.

Quelques jours avant le départ du paquebot, qui était fixé au 10 novembre, nous fîmes comprendre au Dr Féraud le plaisir que nous éprouverions à écrire une lettre à nos parents. Il nous la fit et nous pûmes la recopier. Nous l'avons sous les yeux. « Mon cher frère, » sans une seule faute d'orthographe. Mais, à cause de la parésie du bras, les lettres allaient en montant ou en descendant. Nous dîmes à notre collègue de nous tenir le poignet: comme cela, nous pûmes arriver à l'écrire sans faire trop de fautes.

Au point de vue de l'écriture volontaire, il y a un fait que nous ne pouvons passer sous silence.

Nous étions sur le paquebot qui nous ramenait de la Réunion pour rentrer à Marseille. Le 25 décembre 1884, tandis que nous avions perdu à un jeu, nous invitons les joueurs à venir au bar pour se désaltérer. Comme le garçon ne doit pas recevoir d'argent, nous prenons la feuille sur laquelle il fallait inscrire les consommations. Nous nous souvenons que pour écrire *Une bouteille de bière*, nous avons mis *Ue botnlle bire*.

8.— PAROLE RÉPÉTÉE

La répétition d'un mot, d'une phrase, était absente de notre intelligence, car la parole en écho a été la première à disparaîtreet c'est la dernière qui nous soit revenue.

9.— PAROLE D'APRÈS LA LECTURE OU LECTURE A HAUTE VOIX

Il en était de même de la lecture à haute voix; nous ne savions ce qui se produisait en nous : nous commençions la phrase, nous lisions le premier mot et même le second, le troisième était indéchiffrable. Il n'y avait aucun rapport entre la lecture mentale et la lecture à haute voix; tandis que dans la première nous nous arrêtions sur un mot, ici c'était sur une lettre.

Nous avons fait, suivant la méthode du Dr Ballet, l'exploration des fonctions du langage qui étaient compromises ou abolies chez nous.

Mais notre ouvrage serait bien incomplet, si nous ne rentrions pas dans certains détails sur le rôle que jouent ces deux mémoires (nous anticipons peut-être): la mémoire de l'audition et de l'articulation des mots parlés et écrits sur le centre des idées.

L'idéation était intacte, mais il fallait la tirer de son sommeil torpide. Un exemple fera comprendre la chose. Deux jours avant de tomber malade, nous nous occupions, à la Réunion, de botanique, nous étudions des plantes, nous les dessinions, nous les classions, etc. Nous aurait-on demandé même la dernière que nous avions classée, étudiée, elle nous était inconnue. Mais sitôt que nous prenions le dessin que nous avions fait, tous les caractères de la famille à laquelle elle appartenait nous apparaissait et bien souvent le nom. Nous citons ce cas, bien que notre histoire en fourmille, et vous devez comprendre le temps qu'il nous a fallu pour que l'idéation reprenne sa prépondérance.

Hémianesthésie.— Tout le côté droit du corps était parésié

au point de vue de la sensibilité, mais cependant il y avait des différences pour la face, le bras, la jambe.

La face, sans présenter de déviation, était frappée d'anesthésie incomplète; les yeux y voyaient comme à l'ordinaire et par conséquent pas d'hémionapsie. Rien pour l'odorat, mais l'organe de l'ouïe était très affecté. Lorsqu'on parlait à voix basse du côté droit, nous étions obligé de faire répéter deux à trois fois le même mot.

Tact.— Une des premières choses qui nous fit apercevoir que la sensibilité était lésée, c'est la faculté de ne pas pouvoir boutonner notre gilet. Nous trouvions les boutons, mais il nous semblait qu'ils s'échappaient de nos doigts ; il en était de même d'un verre, d'un cahier que nos mains avaient tenus pendant quelques secondes. La sensation que nous éprouvions était telle qu'il nous semblait qu'une couche d'huile ou de papier huilé s'interposait entre l'objet que nous pressions et les doigts. Nous aurions voulu nous servir d'un œsthiomètre pour examiner cette absence de sensibilité, mais l'hôpital de la Réunion en était dépourvu.

Jambes.— La marche, sans être gênée, dénotait une altération, elle était plus lourde, les mouvements n'étaient pas précis, la jambe et la cuisse droite fléchissaient parfois, nous frappions du talon du même pied et la semelle s'usait plus vite que du pied gauche. La sensibilité de la jambe était moins abolie que celle du bras, mais cependant nous ne pouvions pas sentir le caleçon ou le pantalon comme du côté gauche.

Température. — Si on appliquait un thermomètre sous les deux aisselles, il accusait la même température ou à peu près. Mais pour la température superficielle du bras et de

la main, celui-ci accusait une diminution qui allait à 3° environ pour le côté droit.

Douleur. — La sensibilité à la douleur n'était pas altérée; peut-être y avait-il un retard dans l'arrivée de la sensation.

Motilité.— Nous n'avions pas de paralysie de la jambe et du bras droit, mais seulement une faiblesse qui, au dynamomètre, accusait pour la main droite 24 kilogrammes et pour la main gauche 26 kilogrammes. Nous laissons à penser que, n'étant pas gaucher, la force du bras droit était avant notre maladie plus forte de 7 à 8 kilogrammes.

Troubles trophiques. — Nous n'avons rien constaté. Mais les abcès qui ont suivi les piqûres faites avec le chlorhydrate de quinine tardaient à guérir; car nous avons conservé un abcès sur la cuisse droite pendant bien longtemps après notre retour en France.

CHAPITRE IV

De l'aphasie d'après les auteurs anglais et allemands, et en particulier de Lichteim.

« La parole, d'après Kussmaul, dispose d'un appareil, aussi grand que compliqué, de trajets nerveux et de centres ganglionnaires qui, en partie, renferment les ateliers les plus élevés de l'intelligence consciente et de la volonté, et qui sont en partie des ateliers réflexes, dans lesquels les excitations sensorielles simples ou coordonnées sont transformées en mouvement.» En effet, si nous voulons suivre la série des opérations mentales, par l'intermédiaire desquelles on acquiert la faculté de comprendre ou de parler, il faut poser en principe les deux lois que les psychologues anglais ont établies, à savoir: la loi de sensation et la loi d'association. La sensation peut être visuelle, auditive, tactile, etc.; mais elle servirait très peu à l'esprit, si celui-ci ne possédait pas la propriété d'associer ces sensations et les idées qui en dérivent ou, si l'on veut, les divers états de la conscience. «L'association des états de la conscience, comme le dit Ballet, dans le temps et dans l'espace, constitue le fait fondamental dans l'histoire des opérations cérérables.»

C'est aux associonistes anglais, et à Harley surtout, que revient le mérite d'avoir mis nettement en relief le rôle capital de ce procédé mental. Avec la sensation comme phénomène premier, l'association des sensations entre elles comme procédé intellectuel secondaire, nous sommes en mesure de

suivre la fonction du langage dans sa formation et son développement.

Nous entendons une parole; aussitôt des trajets nerveux et des appareils ganglionnaires entrent en mouvement pour apporter cette parole au centre des idées ou conscience. Là, dans cet atelier, nous élaborons cette parole, ou, du moins, nous la percevons par l'intelligence consciente qui, en communication avec des trajets nerveux et des appareils ganglionnaires, font que cette perception rentre en mouvement. Ceci a été bien établi par Charcot, qui nous montre comment l'enfant acquiert l'idée de cloche.

Donc le mot, loin d'être simple, forme un tout complexe constitué par l'association de quatre images :

1° L'image auditive, mot entendu.

2° L'image visuelle, mot lu.

3° L'image motrice d'articulation, mot parlé.

4° L'image motrice géographique, mot écrit.

La perte de chacune de ces fonctions isolément constitue l'une des quatre formes de l'aphasie.

La perte de l'audition des mots réalise la surdité verbale.

Celle de la lecture, la cécité verbale.

L'abolition du langage articulé détermine l'aphasie motrice.

Enfin, l'abolition de l'écriture constitue l'agraphie.

Comme complément à ces formes simplifiées, il convient de citer l'amimie, qui consiste en la perte de la mimique, qui est elle-même une perte de langage lié très ordinairement au langage articulé.

Du moment que nous avons pris cette théorie (rien ne nous assure qu'elle soit vraie, mais elle nous donne la clef des désordres de notre intelligence), nous allons la suivre dans toutes ses conséquences.

Nous nous servirons du schéma de Wernicke, ou mieux

de Lichteim, qui a eu en Allemagne et en Angleterre un certain retentissement.

Ce dernier a construit le schéma suivant. (Planche I) :

A correspond au centre des images verbales auditives. M est le centre des images motrices d'articulation. AM unit ces deux centres l'un à l'autre. Aa correspond à la voie de conduite des impressions verbales de l'oreille au cerveau. Mm à la voie de sortie des ordres moteurs émanés de M. B est le centre intellectuel, la voie AB est celle par laquelle les images acoustiques vont en B s'associer avec les images de l'objet. La route BM est celle que suivent les ordres donnés par l'intelligence au centre moteur d'articulation M.

Ainsi est constituée la figure aABMm.

E correspond au centre des images verbales graphiques et la ligne OE représente l'association de ce centre avec le centre de lecture O, qui se manifeste dans l'acte de copier. E a des relations étroites avec M.

Considération physiologique de ce schéma.

L'exercice de la répétition avec intelligence de ce que l'on répète provoque un influx réflexe et la formation d'un magasin d'idées B, d'où la voie AB en même temps qu'un influx centrifuge entraînant la parole spontanée BM. De la parole on ne saurait séparer la lecture et l'écriture, qui s'apprennent en somme avec elle et émanent de la formation d'un centre de signes O. Pour celui-ci, il faut qu'il soit joint à A, la lecture à haute voix utilisant le trajet OAM et l'intelligence de l'écriture ne pouvant avoir lieu que par l'intermédiaire de la voie OAB.

En effet, d'après Lichteim, le centre des images visuelles est subordonné au centre acoustique A. Les images visuelles

du mot ne peuvent éveiller l'idée qu'à la condition de s'associer aux représentations auditives.

La pratique de l'écriture développe le centre commémoratif des mouvements de l'écriture et par suite la voie de communication OE qui sert à copier. On n'écrira spontanément que si B et E sont unis ; mais il faut passer par M, car si ce centre est lésé, on sera atteint d'agraphie.

De là découlent les déductions pathologiques que voici :

PREMIÈRE FORME

Lésion de M. — Elle correspond à l'aphasie motrice de Broca et se traduit comme suit :

Les fonctions abolies sont :

1. La parole volontaire BMm.
2. La parole spontanée aAMm.
3. La lecture à haute voix OABMm.
4. L'écriture BME.
5. L'écriture sous la dictée aAME.

Fonctions conservées :

6. La compréhension de la parole aAB.
7. La compréhension de l'écriture OAB.
8. La possibilité de copier OE.

DEUXIÈME FORME

Lésion de A. — Elle correspond à la surdité verbale (aphasie sensorielle de Wernicke).

Les fonctions abolies sont :

1. Compréhension du langage.
2. Compréhension de l'écriture.
3. Possibilité de répéter ou parole en écho.
4. Possibilité d'écrire sous la dictée.
5. Lecture à haute voix.

Les fonctions conservées sont :

6. L'écriture volontaire.
7. La faculté de copier.

(Ces deux fonctions sont conservées, bien que A soit lésé ; mais il y a paragraphie).

8. La parole volontaire.

TROISIÈME FORME

Interruption de la voie de communication MA. — Cette forme correspond à l'aphasie de conductibilité de Wernicke.

Les fonctions abolies sont:

1. La parole en écho.
2. La lecture à haute voix.
3. L'écriture sous la dictée.

Il y a trouble dans:

4. Le langage parlé volontaire (paraphrasie).
5. L'écriture volontaire (paragraphie).

Il y a conservation de:

6. Compréhension de la parole.
7. Lecture.
8. Faculté de copier.

QUATRIÈME FORME

Interruption de la voie MB. — Il y a perte dans :

1. Le langage parlé volontaire.
2. L'écriture volontaire.

Il y a conservation de :

3. La compréhension de la parole.
4. La compréhension de l'écriture.
5. La faculté de copier.

C'est ce que l'on appelle aphasie motrice (type Bouillaud-Broca); mais, contrairement à ce qui a lieu dans ce type, on trouve intactes :

6. La parole en écho.
7. L'écriture sous la dictée.
8. La lecture à haute voix.

CINQUIÈME FORME

Interruption de Mm.— Il s'agit là d'une variété d'aphasie de Broca.

Il y a perte de :

1. Le langage parlé.
2. Le langage en écho.
3. La lecture à haute voix.

Il y a conservation de :

4. La compréhension de la lecture.
5. La lecture mentale.
6. La faculté de copier.
7. L'écriture volontaire.
8. L'écriture sous la dictée.

SIXIÈME FORME

Interruption de AB.— On a affaire à une variété d'aphasie sensorielle.

Il y a perte de :

1. La compréhension du langage parlé.
2. La compréhension de l'écriture.

Il y a conservation de :

3. Le langagé volontaire (avec paraphrasie).
4. L'écriture volontaire (il y a cependant paragraphie).
5. Le langage en écho.
6. La lecture à haute voix
7. L'écriture sous la dictée } sans comprendre).
8. Faculté de copier.

SEPTIÈME FORME

Interruption de aA.— Il y a perte de :

1. La compréhension du langage parlé.
2. Le langage en écho.
3. La possibilité d'écrire sous la dictée.

Il y a conservation de :

4. Le langage volontaire.
5. Ecriture volontaire.
6. Compréhension de l'écriture.
7. Lecture à haute voix.
8. Faculté de copier.

SUR NOTRE FORME D'APHASIE

Cette systématisation de l'aphasie, proposée par Lichteim, a donné un grand coup à la méthode d'après laquelle tous les désordres de l'intelligence n'auraient pu être classés. Aussi s'explique-t-on le légitime succès qu'il a eu en Allemagne et en Angleterre. Si en France ces idées n'ont pas fait fureur, c'est que l'aphasie n'est pas aussi simple qu'on pourrait le penser, eu égard à ce qui est conservé et ce qui est aboli.

Mais nous, qui en avons été une des victimes, nous avons pu, mieux qu'aucun autre, juger ce système et trouver dans un de ces types le caractère de notre maladie.

Prenons dans notre aphasie ce qui est aboli; nous trouvons: la parole en écho, la lecture à haute voix, l'écriture sous la dictée. Il y avait un trouble du langage parlé volontaire, ce qui s'appelle paraphrasie; de l'écriture volontaire, paragraphie. Quant à la compréhension de la parole, de la lecture mentale et de la faculté de copier, elles étaient conservées.

Il y avait donc interruption de MA. Cette forme correspond à l'aphasie de conductibilité de Wernicke.

LOCALISATION DE CETTE FORME

De celle-ci nous en connaissons les formes, les caractères, la physiologie; nous allons voir maintenant où existait cette interruption.

Le premier fait à énoncer est celui qu'avait entrevu Dax et qu'a définitivement démontré Broca: c'est la localisation des fonctions du langage dans l'hémisphère gauche du cerveau.

Les expériences de M. Charles Féré *in vivo* sont venues confirmer les résultats suffisamment décisifs d'observation anatomo-pathologique. Le point principal était fait ; restait à d'autres à découvrir le siège de ces fonctions.

Celui des représentations motrices d'articulation est le plus précis. Il occupe le tiers postérieur de la troisième circonvolution. C'est à Broca qu'appartient l'honneur de la découverte.

Les autopsies de surdité verbale sont aujourd'hui assez nombreuses pour permettre de préciser, avec une certaine exactitude, le centre des représentations verbales auditives. C'est Nothnagel qui, le premier, en 1879, résumait les enseignements qui ressortaient de l'étude comparative des faits alors connus dans la conclusion suivante : «Quand il existe le tableau symptomatique de la surdité verbale, on peut admettre une lésion de la première circonvolution temporale gauche.» Seppili, Wernicke, Kahler, Pick, Giraudeau concluent dans le même sens.

Il est moins facile de localiser avec précision le centre des représentations verbales visuelles. «Les autopsies ne remplissent pas les conditions requises, les observations pèchent par le laconisme des détails, etc.» M. Charcot a formulé, il y a six années, avec toute la réserve que commande l'insuffisance des faits, l'opinion qui s'impose aujourd'hui, sinon comme certaine, mais du moins comme vraisemblable. «C'est dans le lobule pariétal inférieur, dit-il, avec ou sans participation du lobule du pli courbe, que siègerait la lésion qui tient sous sa dépendance la cécité verbale.»

Le siège du centre des images motrices graphiques est bien moins nettement établi que celui du centre des images motrices d'articulation. Le fait décisif d'une agraphie pure avec lésion nettement circonscrite n'a pas encore été recueilli. «Comme le dit Ballet, en rapprochant les unes des

autres les lésions relevées par les cas positifs et négatifs, c'est-à-dire dans ceux par exemple d'aphasie motrice avec agraphie et d'aphasie motrice sans agraphie, on arrive à cette conclusion que le siège vraisemblable du centre de l'écriture est le pied de la deuxième circonvolution frontale gauche.

Reportons-nous à la planche II): on voit que le schéma de Lichteim n'est pas en contradiction avec les faits anatomo-pathologiques et physiologiques, et nous croyons qu'il sera de grand service dans la démonstration des faits cliniques de l'avenir.

Mais où est cette interruption, ou mieux cette aphasie de conductibilité de Wernicke, cette aphasie de la troisième forme?

Compulsant l'observation que Déjerine a publiée dans la *Revue de médecine* de 1885, nous voyons que la lésion dépend du lobule de l'insula de Reil et des tractus sous-jacents (capsule externe).

«Le mercredi 16 juillet 1884, il était 6 heures du matin, la sœur de service, en interrogeant le malade, s'aperçut que celui-ci avait une grande difficulté de prononcer les mots, difficulté qui avait disparu après complètement vers huit heures du matin et qui ne pouvait être constatée à l'heure de la visite. Dans l'après-midi, nouvelle apparition du même symptôme.

Le lendemain 17, à l'heure de la visite, on constate, chez le malade, l'existence d'un certain degré d'aphasie motrice; il prononce avec difficulté certains mots; certaines lettres ne peuvent être prononcées, le *D* par exemple.

Il y a aussi un certain degré de paraphrasie. Pas d'aphasie sensorielle; le malade comprend parfaitement ce qu'on lui dit à haute voix et ce qu'on lui fait dire. Il écrit spontanément sous la dictée sans faute. Pas d'amimie, etc.

Le 18 au matin, l'aphasie est plus prononcée que la veille, elle est toujours motrice et sans agraphie.

Les autres accidents sont semblables aux nôtres: «perte de la sensibilité au tact, à la douleur, le côté gauche du corps est intact comme motilité et sensibilité.»

On fait l'autopsie de ce malade et l'on a trouvé :

Encéphale. — Plaque de méningite tuberculeuse disposée de la façon suivante: Elle commence à l'origine de la scissure de Sylvius et se termine dans le sillon de Rolando. Elle recouvre les circonvolutions frontales et pariétales dans une étendue correspondante. En avant et en bas, elle se termine au niveau de la partie postérieure de la circonvolution de Broca qui est intacte dans toute son étendue. En écartant les deux lèvres de la scissure de Sylvius, on constate que l'insula de Reil tout entier est recouvert par un exsudat fibrino-purulent, contenant des granulations nombreuses suspendues aux vaisseaux qui pénètrent dans la substance cérébrale. Sur le reste de la face externe de l'hémisphère gauche, il n'existe pas de trace de méningite.

Comparons cette observation à la nôtre, nous serons frappé de la ressemblance. C'est pourquoi, après avoir discuté ces lésions, les avoir étudiées et bien pesées, on ne peut pas mettre en doute que l'insula de Reil n'était pas intéressé.

CHAPITRE V

Traitement

A la Réunion. — La distraction, le climat ont exercé une grande influence sur notre état, à tel point que lorsque nous quittâmes Saint-Denis, le 20 décembre 1884, nous pouvions arriver à dire quelques phrases ou du moins à nous faire comprendre.

A Albi. — Le froid (nous débarquions du paquebot *le Sydney* le 14 février 1885) exerçait une influence toute contraire. Nous étions devenu timide, hargneux, acariâtre ; des idées de suicide nous hantaient, à tel point que ni les douches, ni l'iodure de potassium, ni les purgatifs (Uriage-les-Bains) ne pouvaient nous calmer.

A Montpellier. — Nous allons trouver M. le Professeur Grasset qui, en examinant notre état, nous dit: «Il faut vous faire électriser le cerveau.» Il nous donna une carte pour porter à M. le Professeur Regimbeau et alors commença pour nous une période de guérison, car nous voyions la maladie diminuer de jour en jour.

La grande électrode avait 0,15 centimètres de longueur sur 0,08 centimètres de largeur.

La petite électrode avait 0,10 centimètres de longueur sur 0,05 centimètres de largeur.

L'application se faisait pour la grande électrode sur le

frontal et le temporal du côté gauche, la petite électrode était placée sur l'occiput.

Intensité : 30 dix mille ampères.

Temps : 3 minutes.

On enlève les réophores d'une manière insensible, en faisant glisser la grande électrode vers le sommet de la tête sans interrompre le courant.

Nous pûmes, quinze jours plus tard, écrire une lettre à nos parents, dans laquelle on voit que les fautes ne sont pas très grossières : toutes se réduisent à ce que nous avions oublié une lettre.

Nous regrettons vivement ne pas nous être fait hypnotiser; mais, du moment que ce traitement par l'électricité nous conduisait à une guérison sûre et durable, nous l'avons suivi pendant neuf mois en 1886 et 1887.

CONCLUSION

De la lecture de notre ouvrage, on peut conclure que nous étions sous l'influence de deux éléments : l'élément palustre et l'élément typhique. L'un de ces éléments ou de ces poisons nous avait été procuré par le séjour que nous avons fait à Madagascar, le second par l'hôpital. Examinant ensuite les symptômes, la courbe thermique, la médication, il est à peu près certain que nous étions sous l'influence d'une fièvre typho-malarienne.

Pour l'aphasie, nous en avons examiné les symptômes, comme le désire le Dr Ballet; nous avons rapproché cette maladie des formes que Lichteim a tirées de son schéma et nous en avons conclu à la troisième forme.

Puis, quant au siège de la lésion, aphasie de conductibilité de Wernicke, nous avons comparé notre observation à celle que donne le Dr Déjerine, qui est la plus complète de toutes celles que nous avons examinées, pour rester à peu près persuadé que celle-ci tenait à une lésion de l'insula de Reil.

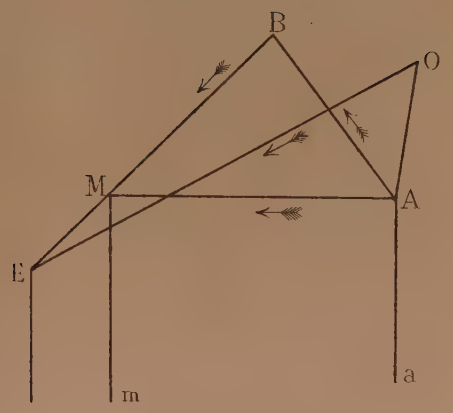
Enfin, le traitement par l'électricité, bien suivi, nous a donné la conviction que l'on peut, lorsque la lésion siège sur des tractus et non sur les centres ganglionnaires, recouvrer une partie des fonctions compromises.

FIN.

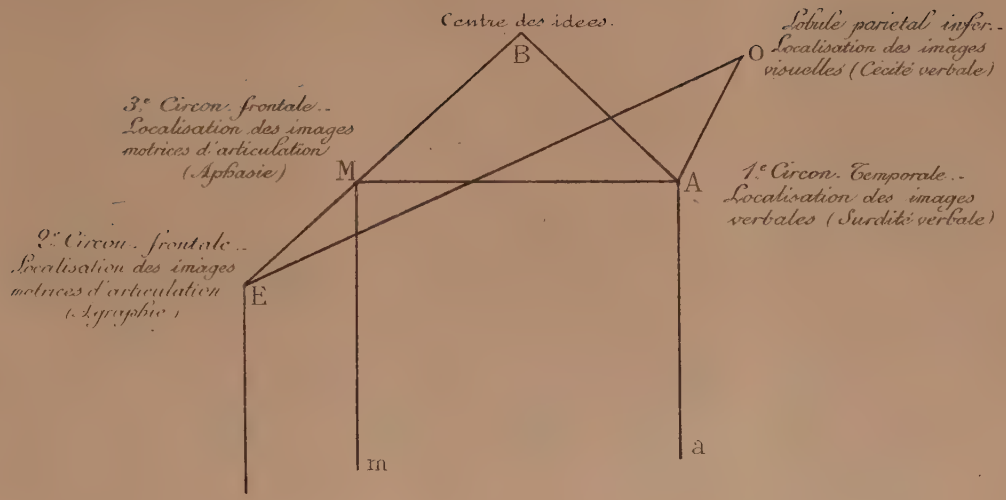
Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 13 décembre 1889.
Pr le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut.
L'Inspecteur délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 13 décembre 1889.
Le Doyen,
CASTAN.

Pl. I.


B
O
M
A
E
m
a

Pl. II.


Centre des idees.
B
Lobule parietal infer.-
Localisation des images
visuelles (Cecité verbale)
O
3e Circon. frontale.-
Localisation des images
motrices d'articulation
(Aphasie)
M
A
1e Circon. Temporale.-
Localisation des images
verbales (Surdité verbale)
2e Circon. frontale.-
Localisation des images
motrices d'articulation
(Agraphie)
E
m
a

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.

KUSSMAUL. — Les troubles de la parole. (Traduction française par A. Rueff, Paris 1884).

BASTIAN. — Le cerveau comme organe de la pensée. (Traduction française, Paris 1882).

P. MARIE. — De l'Aphasie. Revue générale de médecine, 1883.

FÉRÉ (Charles). — Les localisations cérébrales.

GRASSET. — Traité des maladies du système nerveux, 1884.

JACCOUD. — De l'Alalie et de ses différentes formes, *in* Gaz. heb. de médecine et de chirurgie, 1864.

BOUILLAUD. — Traité de l'encéphalite, 1825. (Bulletin de l'académie de médecine, 1865).

GIRAUDEAU. — Revue mensuelle, 1882.

— Revue de médecine, 1882.

TROUSSEAU. — Bulletin de l'académie de médecine, 1865.

BERNHEIN. — Contribution à l'étude de l'Aphasie. — De la cécité physique des choses.

DÉJERINE. — Communication à la Société de biologie, 1880.

LICHTEIM. — Communication aux congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest. (Session de Bade, 1884).

DEJERINE. — Etude sur l'Aphasie dans les lésions de l'insula de Reil, 1885.

CHARCOT. — Leçons *in* Progrès médical, 1883.

— Leçons de Charcot, recueillies par Charles Féré, 1883.

BALLET. — Thèse d'agrégation, 1886.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !